UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE

ANNÉE 1947 N° 58

ORGANISATION DE L'INSPECTION MÉDICALE SCOLAIRE DANS L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

THÈSE pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1947

PAR

Ginette BONPUNT-GRAND

Diplômée d'Hygiène

MEMBRES DU JURY ... MM. ANDRIEU, *Président*
MOREL
LAPORTE } *Assesseurs*
LASSERRE
DARNAUD, *Suppléant*

ALBI : Imprimerie-Reliure des Orphelins-Apprentis — 1947

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE

ANNÉE 1947 N° 58

ORGANISATION DE L'INSPECTION MÉDICALE SCOLAIRE DANS L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

THÈSE pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1947

PAR

Ginette BONPUNT-GRAND

Diplômée d'Hygiène

MEMBRES DU JURY ... MM. ANDRIEU, *Président*
MOREL
LAPORTE } *Assesseurs*
LASSERRE
DARNAUD, *Suppléant*

ALBI : Imprimerie-Reliure des Orphelins-Apprentis — 1947

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN	MM.	CALVET
ASSESSEUR		LEFEBVRE
Doyens honoraires		BARDIER
		GORSE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DALOUS	MM. RISPAL	MM. MOOG	MM. MAURIN
ESCAT	LAFORGUE	MERIEL	RIBAUT
	ARGAUD	CAUBET	SERR

PROFESSEURS

Clinique de neurologie et psychiatrie	MM.	RISER
Clinique médicale		TAPIE (J.)
		ROQUES
Clinique obstétricale		GARIPUY
Physiologie		SOULA
Clinique chirurgicale du cancer		DUCUING
Physique biologique et médicale		BUGNARD
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques		NANTA
Chimie et Toxicologie		BRUSTIER
Pathologie générale et médecine expérimentale		SENDRAIL
Clinique chirurgicale et gynécologique		LEFEBVRE
Anatomie		CLERMONT
		VALLOIS
Histoire naturelle		DELAS
Clinique médicale infantile et puériculture		SOREL
Pharmacie		CAUJOLLE
Pathologie interne		MOREL
Bactériologie, hygiène et médecine sociale		ANDRIEU
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		BOULARAN
Clinique des Maladies des Voies urinaires		FABRE (P.)
Matière médicale		VINCENT
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		MÉRIEL (P.)
Anatomie pathologique		FABRE (J)
Cliniq. oto-rhino-laryngologique et maxillo-faciale		CALVET
Clinique ophtalmologique		CALMETTES
Chimie biologique		MONNIER (R)
Médecine légale et Déontologie		PLANQUES
Histologie et Embryologie		BROUSSY

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie	MM.	BAISSET
Obstétrique		GUILHEM
Anatomie		COULOUMA

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Histologie	MM. BIMES, ch. de f.
Anatomie	LAZORTHES
Médecine	GADRAT DARNAUD, GERAUD, DARDENNE LAPORTE (J.),
Chirurgie	VIRENQUE GRIMOUD DIEULAFE, RIEUNAU, DAMBRIN (P.)
Ophtalmologie	DEODATI
Chimie médicale	VALDIGUIE
Physique médicale	MARQUES,
Pharmacie	COUTURIER
Chimie gén. pharm.	BLANC
Histoire naturelle	Mme DULUCQ-MATHOU

COURS COMPLÉMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	MM. GARIPUY
Cours d'anat. physiol. et pathol. aux élèves sages-femmes	GUILHEM
Chimie biologique	VALDIGUIE
Chimie pathologique	VALDIGUIE
Chimie minérale	BLANC
Stomatologie	CADENAT
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT
Dermatologie et Syphiligraphie	BAZEX
Législation pharmaceutique	BOUISSET
Microbiologie	BOUISSET
Clinique de la Tuberculose	MOREL (L.) DAMBRIN (P)
Parasitologie	LASSERRE
Botanique et Cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU
Chimie analytique	MM. BLANC
Médecine du travail et Assurances Sociales	BOUNHOURE
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS
Pharmacodynamie	BOUNHOURE
Bactériologie et Hygiène	LAPORTE
Urologie	LHEZ
Ophtalmologie	DEODATI
Neuro-chirurgie	LAZORTHES
Clinique O. R. L.	CLAUX
Secrétaire de la Faculté	DUCROS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 mai 1891).

A MES PARENTS

A qui je dois tout, témoignage de ma profonde affection et de ma reconnaissance.

A MON MARI

A MA GRAND'MÈRE

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A notre Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDRIEU

Professeur d'Hygiène, de Bactériologie, de Médecine Sociale

En témoignage de notre reconnaissance pour le rôle qu'il a joué dans le choix et l'élaboration de ce travail et pour l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de notre thèse.

A notre Jury de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LOUIS MOREL

Professeur de Pathologie — Interne à la Faculté

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAPORTE

Professeur agrégé à la Faculté

MONSIEUR LE DOCTEUR LASSERRE

Chargé de Cours à la Faculté

MONSIEUR LE PROFESSEUR DARNAUD

Professeur agrégé

Avec nos remerciements.

A Monsieur le Docteur FIMBEL

Directeur du Centre Régional
d'Hygiène Scolaire et Universitaire

Il nous a communiqué tous les renseignements nécessaires à l'élaboration de ce travail.

Nous l'en remercions.

INTRODUCTION

Le rôle plus habituel du médecin est de soulager les affections constatées ; mais une tendance se révèle dans le sens de la prévention des affections latentes. Prévenir est un devoir à la fois moral, social et économique.

C'est un devoir moral pour la Médecine de dépister les maladies dès avant leurs nettes manifestations, car les signes mineurs du début, sans signification alarmante pour le sujet, permettent au praticien d'utiliser tous ses moyens d'investigation, de poser un diagnostic plus précoce et de mettre en œuvre une thérapeutique d'autant plus efficace.

C'est un devoir à la fois social et économique, car la Société, du fait qu'elle défend chacun de ses individus contre son ignorance et sa pauvreté, s'assure par la prévention et l'orientation des sujets sains au lieu de déficients qui restent un poids mort et onéreux pour l'économie générale.

Et c'est ainsi que l'esprit se trouve naturellement porté vers l'enfance, contituée par des sujets neufs devant fournir les effectifs utiles de demain.

Tout d'abord, des lois sur la protection maternelle et infantile ont assuré avec efficacité les soins dûs à la première enfance.

Mais dès que l'enfant, échappant au milieu familial, devient un écolier, il risque d'être soumis, d'une part au surmenage et de l'autre à des promiscuités génératrices de contagion.

D'où la nécessité d'une médecine scolaire organisée et centralisée : problème d'actualité prééminente du fait des défi-

ciences alimentaires encore imposées à la population de notre pays.

Ces faits n'ont pas échappé au législateur qui, après une longue période de réglementaion disparate, a donné sa charte à la médecine scolaire, charte inscrite en puissance dans l'Ordonnance 45/2407 du 18 octobre 1945, complétée par le décret n° 46-2698 du 26 novembre 1946 ; ces textes ont en vue la « protection de la santé des enfants d'âge scolaire, des élèves et du personnel des établissements d'enseignement et d'éducation de tous ordres ».

Il nous a paru intéressant, en fin d'une première année d'application, d'examiner les résultats obtenus et de les comparer aux précédents, en particulier dans le ressort de l'Académie de Toulouse.

Nous nous attacherons primordialement à la médecine scolaire dans l'Enseignement du 1er degré, effleurant seulement le problème de celle du 2e degré, encore mal défini et, en ce qui touche l'Enseignement Supérieur, ensuite, de l'obligation imposée par les textes susvisés, nous exposerons les données recueillies par le Centre de Médecine préventive de l'Université de Toulouse.

C'est pourquoi, après un bref aperçu historique général, nous exposerons l'organisation particulière de la médecine scolaire dans notre Académie antérieurement à l'année 1947 ; après quoi nous analyserons les principes posés par la réglementation actuelle et nous en donnerons les résultats constatés dans le ressort qui nous intéresse. Pour conclure nous suggèrerons les améliorations que de meilleures contingences matérielles pourraient permettre de réaliser.

HISTORIQUE

De tous temps, la médecine scolaire préoccupa le législateur, sans qu'aucune réalisation notable fût menée à bonne fin.

Ce souci apparaît dès 1793 où tel Décret proposé à la Convention Nationale par Sieyès, Daunou et Lakanal prescrit « qu'un officier de Santé du district visite dans les quatre saisons de l'année toutes les écoles nationales, examine les enfants et indique en général et en particulier, les règles les plus propres à fortifier leur santé ».

Ce décret, qui ne fut jamais appliqué, posait déjà les principes directeurs de notre hygiène scolaire.

Sous l'Empire, à chaque Lycée était attaché un médecin.

En 1886-1887 divers textes législatifs ou réglementaires reconnaissant « la nécessité de rémunérer des médecins-inspecteurs communaux et départementaux » laissaient à ces entités administratives toute liberté d'organisation. Aucun effet ne s'ensuivit.

En 1910 un projet émanant du Ministère de l'Instruction Publique envisageait l'hygiène des locaux et la prophylaxie des maladies contagieuses.

En 1928, M. Edouard Herriot dépose un projet de loi sur la centralisation et **l'obligation** du contrôle médical des établissements d'enseignement public. L'idée d'obligation est posé ; car jusqu'alors le contrôle de l'Etat de santé des écoliers est resté facultatif.

En 1933, un rapport de Paul Strauss, au nom de la Com-

mission Sénatoriale de l'hygiène conclut à une réglementation par arrêtés préfectoraux.

C'est « L'acte dit loi » du 13 août 1943 qui a posé l'obligation de l'examen médical de tous les élèves fréquentant les établissements d'enseignement ; mais à défaut de parution des décrets d'application, elle ne put ressortir à effet.

Nous noterons ici que, dans tout ce qui précède, il n'est question que du contrôle sanitaire des élèves. Nul ne s'est préoccupé des maîtres et de la possibilité de contamination des enfants par eux : nous pensons ici plus particulièrement au fléau de la tuberculose.

L'Ordonnance du 18 octobre 1945 intervient enfin et fixe le droit actuel. Nous aurons l'occasion, au cours de ce travail, d'en analyser l'économie.

Les premières réalisations

« Voyager, a écrit Sainte-Beuve, étend les idées et rabat l'amour-propre ».

Faisons donc un tour d'horizon sur quelques pays étrangers : une excellente organisation existait dès longtemps dans les pays nordiques, Norvège, Suède, Danemark.

Aux Etats-Unis, l'impulsion est partie de Boston, dès 1891, et s'est étendue progressivement.

En Amérique latine, les médecins scolaires ont reçu une **formation pédagogique** appropriée.

En Allemagne, c'est dès 1897 que Wiesbaden inaugure un système de contrôle médical qui peut encore être considéré comme un modèle, si l'on s'en rapporte à Dufestel, car des **médecins spécialisés** sont, pour la première fois, affectés à cette fonction exclusive, et la **fiche médicale,** qui suivra l'enfant au cours de toute sa vie scolaire, est établie.

En Angleterre c'est en 1908 seulement qu'une inspection est établie, principalement dans les villes, car dans les districts ruraux, la chose est laissée aux collectivités.

En Suisse, dès la même époque, l'inspection sanitaire des écoles est confiée à vingt inspecteurs, dont quatre **médecins spécialisés** en ophtalmologie, en stomatologie et oto-rhino-laryngologie. Un carnet sanitaire suit les sujets.

Il faut attendre 1945 pour voir la France s'aligner sur ces précurseurs. Voilà notre retard en matière d'Hygiène scolaire.

Où en étions-nous avant l'Ordonnance de 1945 ? Toute

initiative était laissée aux Maires et aux Préfets. Le personnel, aussi bien que les méthodes, variaient selon les régions.

Dans les circonscriptions rurales, le personnel était exclusivement recruté parmi les médecins praticiens locaux qui, moyennant une rémunération de 7 fr. 50 par élève, étaient tenus de visiter deux fois l'an les élèves des écoles.

Mais, principalement au cours de ces dernières années, ces praticiens, raréfiés par les circonstances (mobilisation, captivité, S.T.O...), empêchés par une foule de difficultés matérielles (pneus, carburant, appareillage...), et sollicités par le courant d'une clientèle accrue, ne pouvaient assurer ces fonctions aussi bien qu'il aurait convenu. Il n'est pas interdit de constater qu'ils étaient trop parcimonieusement honorés.

Le temps leur manquait pour accorder à chaque sujet l'attention nécessaire et recueillir du maître ses observations personnelles (pertes d'attention, absence d'intérêt aux jeux, troubles de la vue, de l'ouïe).

N'oublions pas que le médecin scolaire doit poser son diagnostic du début, que tout renseignement est précieux et que l'examen doit en être d'autant plus précis.

Mais il y avait plus grave : les cas intéressants relevés par le médecin ne pouvaient être suivis faute de liaison avec les autres services. Aussi les familles n'accordaient-elles pas à ces examens médicaux l'intérêt qu'ils méritaient.

Telle était la déplorable situation pour l'ensemble du territoire national.

Néanmoins, certains grands centres urbains avaient tenté de mettre sur pied une organisation meilleure.

Dès 1879, Paris crée des postes de médecins fonctionnaires, nommés au concours, pour visiter les enfants deux fois par mois et à toute réquisition de la direction de l'école. La même organisation s'étend à la banlieue, divisée en quarante circonscriptions.

Néanmoins, ces médecins peu nombreux, ne pouvaient assumer qu'un service superficiel. Ce n'est que vers 1914 que des améliorations intervinrent, augmentant le nombre des médecins et établissant une fiche médicale pour chaque sujet.

Peu à peu, d'autres centres : Lyon, Nancy, Saint-Etienne, Rouen, organisèrent un service. A Bordeaux il était confié à une Commission extra-municipale.

Nous pouvons nous représenter l'état de choses général d'après les résultats d'une enquête menée en mai 1946 sur la demande des Directions de l'Enseignement Primaire et de l'Hygiène scolaire.

Les résultats, portant sur 77 départements (sauf la Seine), parvinrent en décembre et firent l'objet d'une publication dans l' « Education Nationale » du 6 février 1947. Nous pouvons nous en tenir au résumé publié dans un document par le Ministère de l'Education Nationale. Ce résumé rappelle les questions posées et la tendance générale des réponses apportées.

Question 1 — Quelle est, par rapport à l'effectif scolaire, la proportion des enfants réellement examinés ?

Réponses : Proportion forte dans les grandes villes, très faible dans les campagnes.

Question 2 — A quelle cadence les examens sont-ils effectués?

Réponses — Généralement, le rythme des examens est trop rapide (30 élèves à l'heure et davantage lorsque le médecin-examinateur est un praticien.

Question 3 — Quand a lieu la visite et dans quel local ?

Réponses — La visite annuelle est généralement faite. La double visite par an n'est appliquée que dans une minorité de districts. Il est très rare que les écoliers soient vus plus de deux fois. Quant au local, c'est généralement une salle de classe, mal appropriée.

Question 4 — Les parents sont-ils en général satisfaits ?

Réponses — L'indifférence est la règle, les familles ayant peu de considération pour ces visites et les jugeant « une formalité ». Dans une minorité de départements où l'organisation est bonne, les familles y prennent, au contraire, un vif intérêt.

Question 5 — Quelle est l'opinion des maîtres ?

Réponses : En général sévère ; le travail est jugé trop superficiel.

Question 6 — Comment fonctionne le service des auxiliaires de médecins ? des assistantes sociales ? Interviennent-elles pour qu'une suite soit donnée aux constatations médicales ? avec quels résultats ?

Réponses — Les visites scolaires ont des conséquences positives en ville, à peu près nulles à la campagne.

Question 7 — Qu'existe-t-il en matière d'examen systématique du personnel et du dépistage de la tuberculose ?

Réponses — Rien de sérieux n'existait jusqu'ici pour les examens des maîtres.

Question 8 — Existe-t-il un dépistage des enfants déficients ? Si oui, quels sont les procédés de sélection employés, avec ou sans concours médical ?

Ici encore les réponses sont en majorité négatives.

Question 9 — Comment fonctionne le contrôle dans les établissements privés ?

A cette question, il a été donné trop peu de réponses détaillées pour que l'on puisse en faire utilement état. D'une manière générale, les Inspections académiques avaient peu de données sur le mode de protection de la santé des élèves dans les écoles libres.

Retenons seulement que les résultats de l'enquête ne font guère que détailler et asseoir sur des faits précis, le jugement général porté sur l'exposé qui précède.

A TOULOUSE

Depuis 1925 l'inspection médicale scolaire existe sous la forme d'un service municipal annexé au bureau d'hygiène. En 1933, du fait de l'obligation, ce service intéresse une population de 21.000 enfants, pour 114 écoles visitées.

Voici quelques résultats enregistrés par ce Service :

ANNÉES	ÉCOLES VISITÉES	POPULATION SCOLAIRE	RÉSULTATS
1925-26	54	8.719	1.255
1926-27	64	9.302	1.125
1928-29	100	15.171	948
1930-31	108	17.720	798
1932-33	109	20.471	831
1933-34	144	21.454	850

Un premier et louable effort est fourni dès l'année scolaire 1941-1942, où sont recrutés par concours des médecins à temps pleins. Les modalités de ce recrutement étaient tirées de la circulaire du 23 août 1941.

La Ville est divisée en six circonscriptions pourvues chacune d'un médecin secondé par une assistante sociale. Si l'intervention d'un spécialiste était jugée nécessaire, les parents en étaient avisés. Le Carnet sanitaire de l'enfant portait mention de cet examen.

HAUTE-GARONNE

Dans le reste de la Haute-Garonne, quatre circonscriptions se partageaient l'inspection effectuée par des médecins praticiens.

Voici les résultats récents :

sur 30.000 élèves de la Haute-Garonne, 19.000 furent examinés en 1943, et 7.500 en 1944.

Dans les autres Départements de l'Académie :

ARIÈGE

Un service départemental avait organisé deux visites : la première à la rentrée d'octobre, la deuxième à la rentrée de Pâques. Elles étaient confiées aux médecins praticiens qui avaient désiré assumer ce service. Ce service existait effectivement et au cours de l'année scolaire 1943-1944. 4.022 enfants ont été examinés à la première visite et 2.794 à la seconde.

GERS

Un arrêté préfectoral du 30 décembre 1923 divisait le département en 60 circonscriptions médicales visitées par 85 à 90 médecins nommés par le Préfet.

LOT

C'est seulement depuis 1940 que ce service avait reçu un début d'organisation : une assistante sociale avait été affectée spécialement à ce service.

En 1943 une première inspection médicale généralisée fut organisée avec le concours de médecins praticiens à temps partiel.

En 1945 deux médecins temps plein furent affectés à ce service, mais ne fonctionnèrent que quelques mois car ils furent mobilisés. Dans cette situation, l'Inspecteur départemental de la Santé chargea une assistante sociale, en collaboration avec l'instituteur, de remplir une fiche médicale.

TARN

Des médecins praticiens assuraient le service. Mais en 1941-42-43, on recruta quelques médecins fonctionnarisés qui purent assurer l'inspection médicale de quelques Cantons et des colonies de vacances. Mais ces médecins ne faisant que passer dans l'Administration, les enfants n'étaient que rarement vus par le même, sauf dans la région de Mazamet où, depuis 6 ans, régulièrement, deux fois l'an, un même médecin visite les écoliers.

TARN-ET-GARONNE

Ce département mérite une mention particulière pour le souci apporté à l'organisation du service.

Depuis 1927 l'inspection médicale scolaire est confiée à des médecins tout temps :

De 1927 à 1939, par les médecins Inspecteurs adjoints d'hygiène, au nombre de deux ;

de 1940 à 1942, par trois médecins assistants de la Santé auxquels fut adjoint un quatrième en 1942.

Chaque médecin assumait l'inspection d'environ 5.000 enfants et effectuait les vaccinations antivarioliques et antidiphtériques.

Ils étaient secondés par une adjointe sociale et par l'assistante sociale du canton inspecté.

Il était fait deux examens annuels; les examens complémentaires étant subis dans les dispensaires les plus proches.

HAUTES-PYRENEES

Aucune réponse n'a été donnée à notre demande d'information.

AVEYRON

Dépend de l'Université de Toulouse mais, du point de vue Santé Publique, dépend de la région de Montpellier.

Des résultats généraux ou particuliers qui précèdent, il ressort qu'une réforme s'imposait. L'Ordonnance de 1945 l'a réalisée. Le détail va en être exposé.

L'Ordonnance de 1945

C'est désormais le Ministère de l'Education Nationale qui assume la charge de l'Hygiène scolaire et universitaire.

Voici l'idée directrice : le travail est effectué au Ministère de l'Education Nationale, car il se trouve en contact direct avec les contingents à protéger. Mais il doit conserver la liaison étroite avec la Santé Publique qui peut soit donner son accord, soit opposer son veto, en tout ce qui touche la nomination du personnel, qui a un droit de regard sur son activité et peut techniquement le diriger.

A la tête de l'organisation nous trouvons la Direction de l'Hygiène scolaire et universitaire. Le Directeur est assisté de 3 **médecins inspecteurs généraux,** une **assistante sociale chef** et son adjointe, quelques **conseillers techniques.**

A l'échelon académique, auprès du Recteur, un médecin inpecteur régional de l'hygiène scolaire et universitaire, secondé par une assistante sociale-chef régionale.

A l'échelon départemental, depuis le 1er octobre 1946, l'Inspection académique a dans ses attributions le Service administratif de l'hygiène scolaire. Il est assuré par un médecin conventionné à qui incombe la direction, l'inspection et le contrôle. Une assistante départementale lui est adjointe.

Et voici sous quels titres nous pourrons étudier l'économie de l'Ordonnance :

1° L'obligation de l'examen et ses modalités.
2° Les médecins.
3° Les auxiliaires médicaux.
4° Les locaux du Service.

5° La lutte antituberculeuse.
6° Les conséquences de l'examen.
7° L'hygiène des locaux scolaires.
8° Le financement du Service.

I. — L'OBLIGATION DE L'EXAMEN ET SES MODALITES

A. — L'Incorporation scolaire

Le décret d'application du 25 novembre 1946, pris en application de l'Ordonnance de base, stipule en son titre I, chapitre I, que « nul enfant ayant atteint l'âge de l'obligation scolaire ne sera admis dans un établissement d'enseignement ou d'éducation public ou privé s'il n'est vacciné conformément aux textes en vigueur et porteur d'un certificat médical d'aptitude délivré ans frais par un médecin scolaire agréé ».

La délivrance du certificat médical susvisé sera effectuée, au centre médico-scolaire du secteur de leur domicile, sur convocation administrative,, entre le 1 ^{r} janvier et le 30 septembre précédant l'entrée à l'école.

A la suite de cette visite, les enfants seront classés en trois catégories : aptes — à surveiller — inaptes. Les résultats sont inscrits sur un fascicule scolaire du Carnet de Santé prévu par l'Ordonnance du 2 novembre 1945, et appelé à suivre l'écolier durant toute sa scolarité, carnet dont l'Ordonnance généralise l'établissement pour toute l'étendue du territoire. A cet égard, une campagne de propagande a été entreprise par voie de presse et par radio. Chaque jour est lu à la radio « Le mot quotidien de l'Hygiène scolaire ». Voici par exemple ce qui a été radiodiffusé au cours d'une semaine :

1er jour : Parents, vous allez être invités à conduire votre enfant de 6 ans au Centre médico-scolaire.

2^{e} jour : La visite médicale d'admission dans les écoles est obligatoire pour tous les enfants de 6 ans.

3^{e} jour : Un peu partout en France, les Centres médico-scolaires commencent à fonctionner.

4^{e} jour : La visite médicale d'admission dans les écoles tient lieu de 3^{e} examen de santé de la Sécurité sociale.

5e jour : Le chemin de l'école passe maintenant par le Centre médico-scolaire.

6e jour : Pour inscrire un enfant dans une école, il faudra produire un certificat médical d'aptitude délivré sans frais par le médecin scolaire.

7e jour : Le médecin scolaire, l'instituteur et l'adjointe d'hygiène scolaire se préoccupent de la santé des écoliers.

Cette campagne est complétée par des tracts remis soit par les mairies avec les tickets d'alimentation, soit par les instituteurs par l'intermédiaire des grands frères et des grandes sœurs.

Les modalités d'application de l'Ordonnance en matière de cette visite pré-scolaire sont fixées par l'Arrêté du 25 mars 1947. Cette visite vise les enfants nés entre le 1er octobre 1940 et le 30 septembre 1941. Ces enfants sont convoqués par voie d'affiche aux Centres médico-scolaires auxquels leur lieu de domicile habituel est rattaché.

Cette affiche doit être conforme à ce modèle :

« Tous les enfants nés entre le 1er octobre 1940 et le 30 septembre 1941, ayant atteint l'âge légal de la scolarité, devront en exécution des dispositions de l'article premier de l'Ordonnance du 18 octobre 1945, être obligatoirement présentés par leurs parents ou tuteurs, entre le 1er avril et le 30 septembre 1947,

au Centre médico-scolaire de .....

au jours et heures suivants .....

pour être soumis à une visite médicale gratuite.

Un certificat de santé sera délivré sans frais en vue de l'admission dans une école ».

Ce certificat sera nécessaire sous peine de procès-verbal et transmis au Procureur de la République.

B. — La surveillance médicale en cours de scolarité

Le personnel de l'enseignement (maîtres, professeur d'éducation physique, avec le concours du service social scolaire), est tenu d'assurer des mensurations affectant le

poids, la taille, le périmètre thoracique, les acuités visuelles et auditives, etc..., cette obligation faisant partie intégrante de leur service, au même titre que l'enseignement proprement dit. Ces données doivent être consignées sur une fiche d'aptitude qui établit la liaison entre le maître et le médecin scolaire.

Le maître apporte, en outre, sa collaboration, en constatant le comportement moral et social des sujets. Dans la mesure permise par le secret médical, le médecin consigne les conclusions résultant de son examen. Le maître surveille l'exécution des mesures prescrites.

Le médecin scolaire, assisté de ses auxiliaires « se rend au moins une fois par an dans chaque classe ou dans chaque cours de chaque établissement d'enseignement et d'éducation public et privé pour désigner les élèves qui seront examinés par ses soins au Centre médico-scolaire, puis soumis, s'il y a lieu, à des examens complémentaires ». (Art. 5 du Décret du 26 novembre 1946).

L'article 6 prévoit qu'en fin de chaque année scolaire, la famille reçoit du chef de l'établissement un extrait de la fiche médico-pédagogique, au même titre qu'elle recevait les « bulletins trimestriels » des notes obtenues.

En suite du contrôle médical exercé aux centres médico-scolaires interviendra le rôle des auxiliaires du médecin ; mais les arrêtés ministériels utiles sont encore en préparation.

II. — LES MÉDECINS

« Les médecins-examinateurs » telle est l'appellation désormais affectée aux médecins chargés du contrôle médical scolaire.

Aux médecins praticiens le plus souvent utilisés comme médecins-examinateurs, on tendra à substituer des médecins à temps plein ou à mi-temps, en attendant que la création auprès des chaires d'Hygiène des Facultés de Médecine d'un enseignement spécialisé d'hygiène scolaire, sanctionné par un diplôme, permette le recrutement de cadres spécialisés.

Déjà nous trouvons au Journal Officiel du 24 mai 1947, trois arrêtés créant des instituts d'hygiène scolaire et universitaire.

Par Arrêté en date du 25 avril 1947 est approuvée la délibération du Conseil de l'Université de Nancy, portant création d'un Institut d'Hygiène Scolaire et Universitaire, rattaché à la Faculté de Médecine de cette Université.

— Par arrêtés des 20 avril 1947 et 20 mai 1947 sont respectivement approuvées les délibérations du Conseil de l'Université de Lille et de Lyon, portant création :

1° d'un Institut d'Hygiène Scolaire et Universitaire ;

2° d'un diplôme d'études supérieures d'Hygiène Scolaire et Universitaire.

L'intérêt de cette formation du Médecin n'avait pas échappé à nos maîtres, et à la Faculté de Médecine de Toulouse existait, depuis 1937, un cours d'information annuel sur l'Hygiène scolaire. Ce cours était destiné aux Etudiants en Médecine en fin de scolarité et aux médecins.

Depuis janvier 1947, notre maître, Monsieur le Professeur Andrieu, demande la création, à la Faculté de Médecine de Toulouse, d'un Institut d'Hygiène Scolaire et Universitaire, qui ne pourra fonctionner que dans la mesure où une subvention convenable sera accordée par le Ministre de l'Education Nationale.

Il a été, en effet, trop souvent constaté que le médecin praticien, occupé de par ailleurs par sa clientèle et mal rémunéré pour ce service scolaire, ne pouvait y apporter des soins suffisants.

Les médecins-examinateurs à temps-plein, au contraire, doivent contractuellement se consacrer à ces fonctions scolaires à l'exclusion de toute clientèle. Chacun a la responsabilité d'un secteur groupant approximativement 6.000 élèves. Périodiquement ils adressent à leur supérieur, le médecin assurant l'hygiène scolaire dans le département, les rapports d'activité.

Pour le recrutement des cadres spécialisés visés plus haut, l'Adminitration envisage diverses modalités qu'elle pense être de nature à susciter des vocations de médecins scolaires.

1° L'allocation de bourses d'entretien à des étudiants dont les familles, du fait des circonstances économiques présentes, ne sont pas ou ne sont plus en mesure d'assurer les lourdes charges que constituent les études médicales. Ces bourses, attribuées au concours, comporteraient pour leurs bénéficiaires l'obligation de se consacrer pendant une période à déterminer, à la carrière de médecin-examinateur fonctionnarisé.

2° Les fonctions d' « assistant résident » dans les Lycées des Villes de Facultés. Moyennant leur entretien en nature, ces étudiants en Médecine, seconderaient le médecin de l'internat dans sa tâche et assumeraient les soins courants sous son contrôle et sa responsabilité.

3° Enfin, pour la formation plus spéciale des « médecins fonctionnaires de Direction » on envisage la création d'une section d'hygiène scolaire au sein de l'Ecole Nationale de la Santé Publique.

III. — LES AUXILIAIRES MEDICALES

Elles sont appelées « adjointes d'hygiène scolaire » et sont des agents contractuels consacrant tout leur temps à leurs fonctions. Elles font partie du corps des assistantes sociales. Il est nécessaire que les adjointes d'hygiène sociale soient titulaires du diplôme d'Etat d'Assistante Sociale qui seul, peut leur donner une formation aussi complète que possible.

Elles assurent le secrétariat médical et les liaisons nécessaires avec les familles, les dispensaires, les médecins de famille et les services sociaux.

Une circulaire ministérielle du 8 janvier 1947 fixe certains points les concernant :

1° Formation de certaines d'entre elles par des cours et des stages ouverts aux institutrices intérimaires ou suppléantes.

2° Leur engagement contractuel aux divers échelons (des membres de l'Enseignement figurant au sein des Commissions d'examen des candidatures).

3° Fonctions du personnel médico-social d'encadrement. Ces mesures sont destinées à assurer un climat de collaboration confiante entre les maîtres et ces auxiliaires.

IV. — LES LOCAUX

Ils portent le nom de « Centres Médico-Scolaires ». Leur création fait l'objet de l'article 3 de l'Ordonnance : « Dans chaque chef-lieu de département et d'arrondissement, dans chaque commune de plus de 5.000 habitants, et dans les communes qui seront désignées par arrêté Ministériel, un ou plusieurs centres médico-sociaux-scolaires seront organisés pour les visites et examens prescrits par les articles 1 et 2... »

Le chapitre II du titre II du décret organique du 26 novembre 1946, fixe les caractéristiques des centres. Leur but est d'assurer correctement :

1° les visites d'incorporation scolaire ;

2° Les examens médicaux des élèves spécialement désignés par le service des médecins-examinateurs ;

3° Les examens médicaux du personnel enseignant ou de service ;

4° Toutes les autres visites ou examens jugés utiles, ainsi que le dépistage des affections bucco-dentaires.

Chaque centre constitue la base d'opérations du médecin de secteur et de son adjointe d'hygiène sociale. Son siège doit être recherché dans le périmètre d'un « centre de santé », d'une « cité sanitaire », d'un dispensaire, etc... partout où ces organisations existent ou se constituent. Mais quel que soit le lieu de son installation (local scolaire annexe, bâtiment municipal, portion d'un centre de santé), le centre médico-scolaire reste un local rattaché à un établissement d'enseignement. Les collectivités locales doivent, à cet égard, respecter les obligations qui les lient envers tout bâtiment scolaire.

Un délai d'un an a été imparti par l'article 22 du Décret du 26 novembre 1946, pour l'établissement d'un « plan national dressé, compte tenu du dispositif d'hygiène et de médecine préventive et du plan d'équipement sanitaire général prévu par le Ministre de la Santé Publique ».

Une circulaire de janvier 1946 a précisé la consistance des locaux à prévoir.

Il est à souhaiter que des éléments mobiles annexes viennent apporter plus de facilité et d'efficacité au service du centre. Nous visons ici un matériel automobile équipé en dispensaire réduit, avec matériel de mensuration, radiologie, fauteuil dentaire et matériel de bureau. Déjà quelques départements en bénéficient : Haute-Vienne, Aveyron, Indre-et-Loire, Vosges, Somme, Haute-Garonne...

V. — LA LUTTE ANTI-TUBERCULEUSE

a) Auprès des écoliers du premier degré

La radiologie ne pouvant être généralisée à toute la population scolaire, elle sera réservée aux « tuberculino-réagissants ».

D'où le dépistage par :

1° cuti-réaction et au besoin intradermo-réaction à la tuberculine, et

2° dépistage radiologique réservé aux cuti-positives.

b) Auprès du personnel enseignant de ce service

Ces mesures sont spécifiées dans le chapitre III, articles 8, 9, 10 et 11 du Décret du 26 novembre 1946 : « A partir du 1er octobre 1947 aucun membre du personnel titulaire ou auxiliaire ne pourra exercer dans un établissement d'enseignement ou d'éducation public ou privé, s'il n'est établi qu'il est indemne de toute maladie contagieuse pour les élèves et, notamment, de tuberculose ».

« Les mêmes dispositions sont applicables à toutes les personnes employées dans les mêmes établissements et qui se trouvent en contact avec les élèves ».

Le certificat à fournir à cet égard doit être établi par un médecin agréé par le Service d'Hygiène Scolaire et Universitaire.

Ces examens doivent être effectués avant l'entrée en fonc-

tions, à chaque invitation notifiée par l'Administration, et au moins une fois tous les deux ans.

Si une maladie contagieuse est constatée, surtout en matière de tuberculose, le service précise à l'intéressé son état, fait connaître à l'Administration que celui-ci ne peut continuer à exercer ses fonctions et saisit les services médicaux-sociaux relevant de la Santé Publique.

Des instructions régissent l'établissement d'un contrôle dans les Ecoles Normales.

De plus, des dispositions spéciales ont été prises pour recenser d'anciens maîtres malades et les affecter à des postes d'enseignement en sanatorium.

VI. — LES CONSEQUENCES DE L'EXAMEN

Afin d'assurer l'efficacité du contrôle médical, les résultats en sont inscrits sur le fascicule scolaire du Carnet de Santé. Il renferme des renseignements relevant du secret professionnel ; aussi est-il conservé au centre médico-scolaire pendant toute la durée de la scolarité. Lorsque l'enfant quittera l'école, il sera annexé au Carnet de Santé qui lui est délivré.

En outre du fascicule susvisé, il est établi, ceci par l'éducateur, une fiche médico-pédagogique relatant le comportement physique, intellectuel et social de l'élève au cours de sa scolarité. Le médecin-examinateur en tire les conclusions opportunes.

Dans tous les cas qui demandent à être suivis, un avis informe la famille de l'utilité de soumettre l'enfant à l'examen d'un médecin ou d'un spécialiste de son choix. Ce dernier peut exprimer son sentiment sur un emplacement qui lui est réservé dans le contexte de cet avis, ceci prenant place dans le dossier médical du sujet.

Une place spéciale est réservée au dépistage des affection buco-dentaires au cours de la visite d'incorporation scolaire.

Par l'arrêté du 1er mars 1947, les enfants en cours de 6e année sont obligatoirement soumis, lors de la visite médicale

d'incorporation scolaire, à un examen de dépistage des affections buco-pharyngées. Cet examen sera effectué par un spécialiste : médecin stomatologiste ou chirurgien dentiste, les résultats sont portés sur une fiche individuelle.

Si des soins sont reconnus nécessaires et si dans les six mois la fiche n'a pas été signée par un spécialiste traitant et retournée au centre médico-scolaire, l'assujetti est conduit dans un centre de soins ou chez un spécialiste-traitant, sauf opposition des parents.

Dans le cas où la famille n'aurait rien fait d'utile, l'adjointe d'hygiène sociale alerte le Service Social départemental qui fait établir une enquête par l'assistante du secteur intéressée, laquelle retransmet le résultat par voie inverse.

VII. — HYGIENE DES LOCAUX SCOLAIRES

A l'égard des locaux et dépendances scolaires, le décret du 26 novembre 1945 prescrit qu' « un état des conditions hygiéniques et de salubrité de tous les locaux et dépendances de chaque établissement... sera établi par les soins du chef de l'établissement ».

« Cet état est ensuite tenu à jour chaque année. Il est contrôlé, complété et annoté au moins une fois par an par le médecin scolaire du secteur ».

Les extraits du casier sanitaire des locaux sont conservés par le Service de l'Hygiène Scolaire du département. Ils sont tenus à la disposition du Directeur départemental de la Santé.

Un rapport sur les conditions d'hygiène des locaux est adressé annuellement au Préfet (art. 24 du décret susvisé).

Ces dispositions touchant le casier sanitaire des locaux ont, on le conçoit assez, une importance considérable, vu que la population scolaire y passe une des plus grandes parts de son existence ; et l'exemple de la bonne tenue des locaux scolaires est une leçon de choses en matière d'hygiène de l'habitation.

VIII. — LE FINANCEMENT DU SERVICE

L'Ordonnance de 1946 affirmait, en son article 1 r, la gratuité de la visite d'incorporation scolaire et du contrôle médical dans l'enseignement du 1er degré. Elle prévoyait qu'un Règlement d'Administration publique (Décret rendu en Conseil d'Etat) fixerait les quotes-parts respectives des collectivités intéressées. Ce décret (N° 46-2697) fixe les quotes-parts à 50 % pour l'Etat, 25 % pour le département et 25 % pour la commune.

Il y est spécifié que ce service sera « géré par l'Etat ». Le Ministre de l'Education Nationale recouvre donc sur les collectivités départementales et communales les quotes-parts leur incombant.

Les juristes férus de questions budgétaires ou de finances publiques, peuvent discuter cette forme d'étatisme et arguer qu'aissi les collectivités locales financent largement des services sur lesquels elles n'ont même aucun droit de regard...

Il est incontestable toutefois que cette procédure a pu assurer, simultanément, sur toute l'étendue du territoire national, la mise sur pied d'une organisation cohérente, palliant ainsi la mauvaise volonté ou la négligence de certaines collectivités que la période antérieure aux décrets susvisés avait accusée.

Avant d'envisager les résultats obtenus, il nous semble bon d'insérer ici une remarque importante. Elle a trait à l'organisation souhaitable et au contrôle par le médecin de Cantines Scolaires dont les rédacteurs de l'Ordonnance et du Décret d'application ne paraissent point avoir eu le souci. L'alimentation des enfants n'est-elle pas, au premier chef, la condition d'une bonne santé.

La question ne serait toutefois pas nouvelle, car dès 1868 certains s'en étaient préoccupés.

A la ville depuis l'institution du rationnement, les petits écoliers ont été sous-alimentés, ou dys-alimentés. Aussi, dans la région parisienne, au cours de l'année 1946, les services de l'hygiène scolaire, aidés des services du Ravitaillement et de la Population ont-ils procédé à la distribution aux éco-

liers de lait cacaoté. Cet exemple louable, devrait, semble-t-il, être généralisé.

Ainsi l'écolier citadin trouverait-il le complément alimentaire qui lui fait défaut.

Ultérieuruement, lorsque le ravitaillement aura cessé, la question conservera son intérêt pour les écoliers de ménages ouvriers dont la femme ne reste pas au foyer et ne dispose que d'un délai trop court pour préparer des repas convenant aux enfants, alors que trop souvent elle achète des plats préparés, ou charcuteries froides de qualité pas toujours convenable pour des enfants.

A la campagne, la question présente un autre aspect. L'école communale reçoit bien souvent des enfants provenant de hameaux éloignés de nombreux kilomètres. Ils doivent parcourir ce trajet, quatre fois par jour, affrontant la rigueur des intempéries ; sinon ils doivent emporter de leur maison un repas froid, de ce fait peu réconfortant, qu'il devra absorber dans un coin de la classe dans des conditions de propreté parfois douteuse.

Signalons encore, à cette place, l'importance que présenterait pour les étudiants des centres de Facultés un contrôle rigoureux du fonctionnement de leurs restaurants universitaires.

Dans cet ordre de choses, nous en sommes réduits à des initiatives privées, à Paris et dans les départements..

Il paraît souhaitable que des textes réglementaires prescrivent, à l'échelle nationale, l'institution de ces cantines et leur contrôle, ainsi que celui des restaurants universitaires, par des médecins. Et ceux-ci ne sauraient être que ceux du Corps de l'Hygiène Scolaire.

Les résultats dans l'Université de Toulouse

I. — ENSEIGNEMENT DU PREMIER DEGRÉ

Notons tout d'abord que les résultats que nous possédons à cette heure ne portent que sur 58 jours ouvrables et ne traduisent en somme que la période de démarrage du service.

a) Les médecins

L'effectif n'est pas encore au complet dans tous les départements.

LE LOT

a trois médecins, dont le délégué départemental. Ce dernier fut nommé le 1er mars 1947. Les deux autres en avril.

De ce fait aucun travail d'inspection médicale n'a pu être effectué au cours du premier trimestre. Remarquons que dans ce département, du fait de diverses circonstances, le contrôle n'avait jamais fonctionné antérieurement.

HAUTES-PYRENEES

Nous n'avions aucun renseignement sur l'organisation de la médecine scolaire dans cette préfecture.

Mais on peut admettre que les difficultés particulières dûes à l'orographie de ce département, jointes aux difficultés des temps présents, rendraient peu possible des visites régulières

par des médecins praticiens. Le service d'inspection a démarré en février 1947 seulement ; avec 3 médecins.

Un quatrième médecin a été nommé le 1 r mars. Il reste à nommer un cinquième.

Néanmoins, pour les mois de février et mars, un nombre convenable d'enfants ont été examinés et les cas intéressants signalés au Service de Santé.

ARIÈGE

Nous pouvons considérer que le travail a été effectué par la moitié de l'effectif médical. En effet : deux médecins, dont le délégué départemental, étaient en place au 1 r janvier 1947, le troisième a débuté le 15 avril.

Il serait souhaitable de nommer un quatrième médecin, étant donné la géographie de ce département. Citons le canton de Quérigut, où le médecin, ne possédant d'autres moyens de transport que les transports en commun, doit faire un détour à travers le département de l'Aude.

GERS

Deux médecins en place le 1er trimestre, dont un depuis le 15 janvier.

Un troisième a été nommé le 28 mars. Reste à nommer un quatrième.

AVEYRON

Ce département aura six médecins. Trois sont actuellement en fonctions. Deux autres et le délégué départemental restent à nommer.

TARN

Effectif de six médecins — au complet.

TARN-ET-GARONNE

Quatre médecins, dont 2 à mi-temps, étaient en place. Le cinquième, à mi-temps, a été nommé le 1er mai.

HAUTE-GARONNE

Cinq médecins en place en janvier, le sixième a été nommé le 2 février.

Envisageons maintenant la question des locaux affectés à ces médecins.

b) Les centres médico-scolaires

Un arrêté ministériel du 31 mars 1947 détermine les communes qui sont tenues d'organiser un centre médico-scolaire qui devra être agréé par l'Inspecteur d'Académie. Voici, par département, les communes désignées par cet Arrêté.

ARIÈGE

Ax-les-Thermes
Foix
Lavelanet
Pamiers
Saint-Girons

AVEYRON

Aubin
Capdenac
Decazeville
Espalion
Millau
Rodez
Saint-Affrique
Villefranche-de-Rouergue

HAUTE-GARONNE

Carbonne
Grenade
L'Isle-en-Dodon
Montréjeau
Muret
Revel
Saint-Gaudens
Salies-du-Salat
Toulouse
Villefr.-de-Lauraguais

GERS

Auch
Condom
Lectoure
Lombez
Mirande

LOT

Cahors
Figeac
Gourdon
Gramat
Saint-Céré
Souillac

HAUTES-PYRENEES

Argelès-Gazost
Bagnères-de-Bigorre
Lannemezan
Lourdes
Maubourguet
Tarbes
Vic-de-Bigorre

TARN

Albi
Blaye-les-Mines
Carmaux
Castres
Gaillac
Graulhet
Lavaur
Mazamet
St-Benoît-de-Carmaux

TARN-ET-GARONNE

Castelsarrazin
Moissac
Caussade
Montauban
Valence-d'Agen

Le décret est daté, avons-nous vu, du 31 mars. Il est donc tout récent.

Néanmoins, dès le début de l'année, les médecins délégués départementaux et inspecteurs, se sont mis en rapport avec les maires en vue de la réalisation de ces centres.

Mais diverses difficultés se présentent : vu la crise des logements, tous les locaux existants sont occupés. Quant à la construction de bâtiments spéciaux, elle se heurte, d'une part, à la pénurie de certains matériaux, de l'autre, à la résistance des municipalités quant aux dépenses à assumer ; tout ceci appelé à disparaître à plus ou moins brève échéance.

c) La lutte anti-tuberculeuse

Celle-ci constitue assurément la tâche primordiale du service, car s'il est relativement aisé de prévenir la maladie, nous sommes, dans l'état actuel de la science, pratiquement désarmés à partir d'un certain point d'évolution de la maladie.

Vis-à-vis des écoliers, la loi prévoit, comme premier dépistage, la cuti-réaction, ou même l'intradermo-réaction, réservant le dépistage radiologique pour les tuberculino-réagissants. Néanmoins, dès novembre 1946, un service automobile de radiographie a commencé ses tournées dans l'Académie de Toulouse.

Ce matériel provient d'un prêt de la Croix-Rouge de Marseille ; il permet d'effectuer des micro-radios qui, lues par un spécialiste, grâce à un appareil approprié, décèlent les sujets devant être radiographiés dans le format habituel.

Tous les départements n'ont encore pu être visités, mais les résultats recueillis dans ceux ci-après, laissent apercevoir le haut intérêt de cette technique :

Aveyron : Au cours des mois d'octobre, novembre, décembre et janvier ; écoliers examinés	29.810
Lot : Décembre et janvier	7.707
Gers : Novembre et décembre	8.055
Haute-Garonne : Janvier et février	16.218
Tarn : Février et mars	12.349
Tarn-et-Garonne : Février et mars	17.557
Soit au total	91.696

A l'heunre actuelle, la voiture-radio est dans le Gers et les Hautes-Pyrénées.

Parmi les enfants examinés, le dépistage a permis de retenir un certain nombre d'images classées en trois catégories :

1° Images à croix rouge : images pleuro-pulmonaires avec suspicion de tuberculose nécessitant un complément d'examen.

2° Images à croix blanche : anomalies cardiaques ou pulmonaires, sauf tuberculose.

3° Images à croix noire : sequelles ou malformations osseuses.

L'importance de ce travail de prospection est d'autant plus à souligner qu'il s'est effectué dans des conditions matérielles fort difficiles, du fait des délestages électriques, de la pénurie des pneus et du carburant.

Au regard des maîtres et du personnel employé, la réglementation s'est proposée de protéger la jeunesse scolaire contre les porteurs de bacilles.

Voici, par département et par mois, le nombre de maîtres examinés :

Aveyron

Octobre	130	
Novembre	644	
Décembre	321	
Janvier	300	
Mars	937	
Total		2.332

Gers

Novembre	283	
Décembre	155	
Total		438

Lot

Décembre	412	
Janvier	160	
Total		572

Haute-Garonne
(Toulouse)

Février	695	
Janvier	1.438	
Février	2.126	
Total		4.259

Tarn-et-Garonne

Mars	1.382	
Total		1.382

Tarn

Janvier	663	
Février	467	
Mars	230	
Total		1.360

Ainsi, de novembre à mars, plus de 10.000 maîtres ou agents ayant des contacts avec les écoliers, ont été examinés du point de vue pulmonaire. En voici quelques résultats :

Sur 91.695 scolaires :

Croix rouge	311
Croix blanche	223
Croix noire	166

Pour les maîtres :

Croix rouge	185
Croix blanche	125
Croix noire	185

Notons que sur les 185 tuberculoses des maîtres, on a trouvé des tuberculoses ouvertes, donc particulièrement dangereuses pour les petits écoliers.

Un examen satisfaisant sera désormais obligatoire pour être admis à exercer une fonction quelconque dans les écoles. Il devra être vérifié au moins tous les deux ans.

d) Les résultats de ces examens

Pour la période des 58 jours ouvrables susvisés, envisageons ces résultats aux trois points de vue du nombre des enfants visités, des vaccinés et des signalés au service social.

Nous avons consigné dans le tableau ci-dessous le nombre des enfants visités :

DÉPARTEMENTS	NOMBRE d'écoles visitées	NOMBRE d'enfants inscrits	NOMBRE d'enfants examinés
Tarn-et-Garonne	92	7.166	5.930
Hautes-Pyrénées	37	4.145	3.863
Haute-Garonne	188	10.168	8.487
Ariège	50	2.171	1.997
Gers	62	2.512	2.338
Aveyron	103	5.364	5.053
Tarn	96	7.609	6.529
Lot	»	»	»
	628	39.135	34.197

Sur ces 34.197 enfants, 5.312 étaient porteurs d'affections ou d'anomalies signalées aux familles.

De nouveaux résultats peuvent être ajoutés à ce tableau ; ils portent sur la période du 1er avril au 20 mai, c'est-à-dire une période de 26 jours ouvrables, durant laquelle 42.465 enfants ont été examinés et 10.822 signalés aux familles.

Nous voyons que le nombre d'enfants examinés est en progression constante.

Les textes réglementaires n'avaient pas défini le rôle du médecin dans le domaine des vaccinations. Par arrêté du 3 juin 1947 : un certificat de vaccination antivariolique et un certficat de vaccination complète (trois injections — injec-

tion de rappel — antidiphtérique — antitétanique, doivent être produits lors de l'inscription d'un enfant dans une école, s'il ne l'est pas dans le courant du mois d'octobre, l'élève est vacciné ou revacciné par les soins du médecin scolaire qui, à cet effet, se mettra en rapport avec le Service de la Santé.

L'année écoulée n'a pas bénéficié de cette obligation, néanmoins les vaccinations ci-après ont été assurées par les médecins-inspecteurs :

DÉPARTEMENTS	VARIOLE	DIPHTÉRIE - TÉTANOS
Tarn-et-Garonne ..	359	910
Hautes-Pyrénées ..	1.750	1.598
Haute-Garonne ...	3.096	1.531
	5.205	4.039

Nous avons déjà indiqué que toute cette organisation d'hygiène scolaire ne présentait d'intérêt que dans la mesure où les constatations seraient suivies d'effet.

Sur les 5.312 constatation signalées aux familles, 5.011 réponses émanant des parents sont parvenues au Service. Pour les autres, une demande d'enquête sociale aux domiciles des familles a été effectuée aux services sociaux de la Santé. Voici les réponses obtenues :

	Htes-PYRÉNÉES	HAUTE-GARONNE	AVEYRON	TARN
Nombre de signalés.	15	119*	57	110
Réponses obtenues.	1	61	17	56

* Soit 44 %.

Dans la période du 1er avril au 20 mai, sur 312 demandes d'enquêtes, 51 réponses sont à l'heure actuelle parvenues.

II. — ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Le nombre des écoliers primaires est, certes, supérieur à celui des collégiens, lycéens ou équivalents de l'enseignement privé ; néanmoins, le nombre de ces adolescents s'élève à 330.000 dans l'enseignement public et 269.000 dans le privé. A ceux-ci il convient de rattacher de par leur âge les 98.000 élèves des collèges techniques et les 80.000 des centres d'apprentissage, ces derniers chiffres étant donnés par M. Douady, Directeur de l'Hygiène Scolaire et Universitaire.

L'organisation du contrôle médical de ces élèves n'est pas spécifiée dans l'Ordonnance. Pour remédier à cette imprécision, un arrêté daté du 20 novembre 1945 fixe « l'organisation provisoire du contrôle médical dans les établissements publics du second degré ». En voici l'économie sur les points essentiels :

Cette organisation touche les établissements **publics** ci-après : Lycées, collèges classiques, collèges modernes. Elle est placée sous l'autorité du Recteur assisté du médecin-inspecteur départemental. Notons que les établissements privés ne sont point visés.

Le rôle du médecin sera de surveiller la santé des élèves, de suivre leur développement physique, de dépister les lésions latentes et, ces lésions étant découvertes, faire avertir les parents.

Il devra également assurer le dépistage des maladies infectieuses ainsi que leur prophylaxie. Dans cet ordre d'idées, qu'il nous soit permis de suggérer l'utilité d'une obligatoire vaccination anti-typhoïdique et anti-paratyphoïdique (T.A.B.) comme complément aux trois vaccinations dont nous avons parlé plus haut. Car, en effet, les jeunes hommes étant vaccinés lors de leur appel sous les drapeaux, les cas les plus fréquents de ces infections ne sont plus guère observés que chez les adolescents et les femmes.

Mais la tâche primordiale reste le dépistage de la tuberculose. Celui-ci « sera assuré dans chaque académie par un ou plusieurs phtisiologues délégués, désignés par le Recteur

sur proposition du médecin-inspecteur régional et placé sous le contrôle de ce dernier ». (Art. 22). Ce médecin phtisiologue engage son personnel auxiliaire sous accord de l'inspecteur régional.

L'arrêté prévoit également le dépistage radiologique qui peut être contractuellement confié à un organisme public ou privé.

En vue de ce dépistage, il doit être annuellement effectué pour chaque élève une cuti-réaction ou une intradermo-réaction, une radioscopie ou une radiographie, selon les besoins du sujet. De plus, le médecin-examinateur peut demander des examens radiologiques complémentaires. Si le phtisiologue délégué découvre un cas de tuberculose, il remet aux parents une lettre adressée au médecin traitant.

Les professeurs et agents sont assujettis aux mêmes contrôles que dans l'enseignement du premier degré.

La nomination des médecins-examinateurs attachés à l'enseignement du second degré, après avoir été laissée à la discrétion du Recteur, est présentement réglementée par un Arrêté ministériel du 17 avril 1947, qui se substitue à l'article 4 de l'Arrêté du 20 novembre 1945 :

« Les candidatures aux fonctions de médecins- examinateurs sont classées par une commission académique d'hygiène scolaire pour l'enseignement du second degré et l'enseignement technique, qui siège auprès du Recteur, et dont les membres sont :

Un médecin inspecteur général de l'hygiène scolaire et universitaire ;

Le médecin inspecteur régional de l'hygiène scolaire et universitaire ;

L'inspecteur divisionnaire de la Santé ou son représentant ;

L'inspecteur principal de l'enseignement technique ;

Les inspecteurs d'académie des départements intéressés ;

Un représentant de chacun des conseils départemntaux de l'Ordre des Médecins du ressort de l'Académie ;

Trois professeurs ou professeurs adjoints de la Faculté de Médecine désignés par le Recteur, en raison de leur compé-

tence en matière d'hygiène, de pédiatrie ou de médecine scolaire ;

Deux chefs d'établissements d'enseignement du second degré comportant un internat (un de garçons, un de filles), un chef d'établissement d'enseignement technique comportant un internat et un directeur d'école d'art, désignés par le Recteur ;

Un représentant du syndicat de médecins du département chef-lieu d'Académie ;

Un représentant de la fédération nationale de l'Education Nationale ;

Un représentant des associations de parents d'élèves désigné par le Recteur.

Pour l'Académie de Paris, la commission comprendra, en outre, un médecin représentant le Comité National de Défense contre la Tuberculose.

La commission se réunit sur convocation du Recteur. Elle est présidée par l'inspecteur général de l'hygiène scolaire et universitaire ; s'il est impossible à celui-ci de participer à ses travaux, le président est désigné par le Recteur ».

Voyons dans quelles conditions ces médecins-examinateurs assurent leur tâche.

Il y aura deux visites annuelles obligatoires et, en outre, toutes celles nécessaires en cas d'épidémies ou de nécessité, d'examens complémentaires.

Le médecin verra 24 élèves au maximum en deux heures et ceci en respectant le secret médical vis-à-vis de tous. Il consignera les résultats sur la fiche médicale, soumise au secret, et qui suivra l'enfant au cours de toute sa scolarité.

Le médecin peut faire appel au professeur d'éducation physique pour ce qui est indiqué par l'état de l'enfant, et visera les dispenses d'éducation physique d'une durée supérieure à deux mois.

Ce médecin pourra être, de plus, médecin d'internat, car il ne n'est pas de droit ; mais il est de droit médecin de l'association sportive de l'établissement et responsable des suites physiques de la pratique des sports..

Nous avons nommé le médecin d'internat et il convient ici de définir son statut.

Il est établi par un Arrêté ministériel du 18 avril 1947. Tout internat comportant plus de 300 élèves aura son médecin. En outre, dans les Villes de Facultés, les établissements comportant plus de 100 internes, s'attacheront un étudiant en médecine, ayant au moins douze inscriptions validées, tenu à résider dans l'établissement. Des médecins et des chirurgiens consultants seront désignés et pourront être appelés par le médecin d'internat, qui d'accord avec eux, sera appelé en cas d'urgence, à prendre toute décision utile. (Exemple : opération, envoi à l'hôpital pour maladie infectieuse). Ce médecin est chargé de l'hygiène des locaux et de l'hygiène alimentaire.

Les infirmeries où seront reçus les jeunes malades devront posséder au moins huit lits par cent élèves, plus une salle de repos pour les élèves passagèrement indisposés.

Une infirmière par deux cents élèves y est affectée.

Le médecin de famille ne peut avoir accès dans l'infirmerie que sur l'invitation du médecin d'internat. Mais si l'élève a été amené à consulter son médecin de famille en dehors de l'établissement, le médecin d'internat se concerte avec son confrère pour la bonne exécution des soins convenus entre eux. En cas de litige entre eux, le Recteur statue sur avis du médecin-inspecteur régional et du représentant du Conseil de l'Ordre des médecins.

Il ressort de tout ce qui précède que l'on tend à investir le médecin d'internat de la suppléance des parents quant aux soins et aux décisions présentant un caractère d'urgence.

Cette création toute nouvelle (avril 1947) du médecin d'internat, ne permet encore de formuler aucun jugement.

Par contre, dans l'Université de Toulouse, le contrôle par les médecins-examinateurs existe déjà dans certains établissements publics.

Nous donnons comme résultat le nombre de radio-photos effectuées dans le second degré de l'Enseignement technique au cours des mois d'octobre 1946 à janvier 1947 inclus :

DÉPARTEMENTS	ENSEIGNEMENT SECONDAIRE	ENSEIGNEMENT TECHNIQUE
Lot	926	15
Aveyron	1.588	199
Gers	151	123
Haute-Garonne.	9.291	1.027
	11.956	1.364

De plus, sur le plan national, nous nous devons de signaler l'immense progrès réalisé par les établissements de cure de la tuberculose pour les élèves de l'enseignement secondaire et éventuellement ceux du technique.

Pour les garçons, le sanatorium de Neufmoutiers-en-Brie (Seine-et-Marne), ouvert depuis un an, compte 90 lits pour les lycéens et collégiens de plus de treize ans. Six professeurs assurent l'enseignement.

Pour les filles, le sanatorium de Dreux a affecté un pavillon particulier de 35 lits. Deux professeurs y exercent et préparent aux examens.

A Paris, en cas d'urgence, les adolescents des deux sexes sont admis à la Clinique de précure scolaire et universitaire.

III. — ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

La question est réglementée par un Décret du 11 avril 1946.

Antérieurement et dès 1937, le Ministre de l'Education Nationale avait bien créé dans toutes les Universités des centres de médecine préventive où les étudiants pouvaient être éclairés sur leur état de santé. Mais il suffit d'énoncer, pour en juger l'efficacité, que sur 354.000 étudiants, 60 seulement demandèrent à être examinés au cours de la première année.

Et cependant quelle n'était l'utilité majeure de cette création ! Nous ne saurions mieux faire que de citer M. le Pro-

fesseur Morel : « Au moment où les jeunes gens entrent à la Faculté, une vie nouvelle s'ouvre pour eux. Beaucoup quittent leur famille ou le pensionnat, où ils étaient surveillés, et se trouvent tout à coup isolés dans une grande ville. L'immense majorité possèdent de très maigres ressources pécuniaires, sont logés dans des chambres peu aérées, mal ou pas du tout chaffées et sont souvent obligés d'économiser sur leur nourriture pour payer leurs études. D'autres, tentés par les sports ou les distractions, se laissent entraîner parfois à des fatigues inconsidérées qui altèrent leur santé ».

Aussi, ces conditions ayant été aggravées par les conséquences de notre défaite et la tuberculose paraissant devoir accroître son emprise, la visite médicale des étudiants fut rendue obligatoire dès 1942 et l'Ordonnance du 18 octobre 1945 prescrit, sous peine de sanctions, une visite médicale annuelle.

Le décret du 11 avril 1946, concernant spécialement l'enseignement supérieur, a défini le détail de ce service.

Les étudiants justiciables de ce texte sont ceux :

— Des facultés ou écoles dépendant de l'Enseignement Supérieur ;

— des établissements d'enseignement supérieur dépendant de la Direction de l'Enseignement Technique ;

— des établissements d'enseignement supérieur dépendant de la Direction Générale des Arts et Lettres.

Des sanctions sont prévues indépendamment de celles envisagées par l'Ordonnance de 1945 ; elles consistent :

— la privation du droit de s'inscrire en vue des examens et concours universitaires ;

— l'interdiction du prendre une inscription ou une immatriculation au cours du dernier trimestre de l'année scolaire ;

— privation du certificat de scolarité en fin d'année ;

— perte du droit de solliciter des bourses, prêts d'honneur ou exonération des droits universitaires ;

— perte du bénéfice des avantages de toute nature consentis par les œuvres sociales en faveur des étudiants,

Un certificat est délivré aux étudiants qui se sont conformés aux prescriptions et il est exigé lors de toute formalité universitaire.

En quoi consiste cet examen ?

Il comporte un examen clinique général ;

un examen radiologique des poumons ;

une réaction tuberculinique.

Cet examen a un but préventif et non thérapeuthique ; il est destiné à renseigner les intéressés sur leur état de santé, mais ne peut en aucun cas amener leur exclusion de la Faculté.

Ces visites sont exécutées par des médecins-examinateurs travaillant par vacations. Ils sont désignés par le Recteur sur proposition du Comité de Médecine Préventive de l'Enseignement Supérieur.

Le financement de l'organisation est assuré par un versement imposé à l'étudiant auquel s'ajoute une subvention de l'Etat.

Et voici les résultats publiés par M. le Professeur Morel pour l'année scolaire 1945-46 :

3.728 étudiants passèrent au Centre de Médecine Préventive de Toulouse ;

23 se révélèrent tuberculeux qui ne s'en doutaient pas, et 24 lésions cardiaques furent découvertes.

Au cours de l'année scolaire 1946-47 :

Nombre d'étudiants inscrits	5.700
Nombre d'étudiants examinés	4.500
Cuti-réactions positives	2.020

Soit 45 %.

Nombre d'anomalies pulmonaires non tuberculeuses..	18
Nombre d'anomalies pulmonaires tuberculeuses non évolutives	59
Nombre d'anomalies pulmonaires évolutives connues.	6
Nombre d'anomalies pulmonaires évolutives dépistées.	16
Nombre d'affections cardio-vasculaires dépistées....	22
Nombre d'autres affections	10
Nombre d'albuminuries	43
Nombre de glycosuries	16

Ces chiffres, mieux que des commentaires, établissent l'efficacité de ce service.

CONCLUSIONS

Le but de notre travail a été de faire le point de la situation à ce jour. Nous avons énoncé les premiers résultats qui accusent un démarrage satisfaisant. Sur cette mise en train, ne pouvons-nous pas déjà tirer quelques conclusions ?

Nous avons signalé certaines carences. Nous insisterons sur l'importance des cantines scolaires médicalement conçues ; elle n'est pas qu'actuelle, elle intéresse aussi l'avenir. Il importe d'amener les pouvoirs publics à s'en préoccuper et à en rendre, à bref délai, l'établissement obligatoire.

Enfin il semble que le souci manifesté pour l'enseignement du second degré, de lier le médecin-examinateur à la pratique des sports, devrait être étendue à l'enseignement du premier degré et ceci avec d'autant plus de raison qu'il s'agit de sujets en pleine période de formation et pour lesquels des défauts dans le développemnet statural pourraient être corrigés ; nous visons ici la gymnastique corrective, vis-à-vis de quoi le rôle du médecin est évident.

Ces carences ainsi relevées et auxquelles une réglementation appropriée peut remédier, mentionnons la nécessité pour le médecin scolaire d'un devoir en quelque sorte de vocation, devoir échappant à toute codification et relevant dans une large mesure du don de sa personnalité, à cette tâche ardue et parfois ingrate, différente de celle de la médecine telle qu'on la conçoit le plus couramment.

Ce devoir aura trait, par exemple, à des conseils collectifs d'hygiène, donnés en classe, qui frapperont les écoliers et complèteront les leçons habituelles d'un maître que l'enfant

voit tous les jours, ces leçons restant l'essentiel de l'éducation en cette matière.

Il pourra s'inquiéter, auprès de jeunes sujets paraissant fatigués, de leurs heures de sommeil. Trop d'enfants dorment insuffisamment, soit qu'ils perdent trop de temps dans le trajet, soit que les devoirs de maison leur prennent trop de temps. Le médecin devra recommander de diminuer ces tâches. Un sommeil plus réparateur rendra leur travail du lendemain plus fructueux. A cet égard, il devra se mettre en rapport avec l'instituteur qui leur signalera ses observations personnelles.

C'est ainsi que nous sommes amenée à porter une critique à la conception que l'on institue du médecin scolaire. Les règlements en font trop un agent inclus dans le cadre du corps enseignant ; on devrait le laisser plus près de la médecine. En effet, nous savons tous que notre compétence personnelle est pour beaucoup faite d'expérience, et ce médecin, voyant (heureusement) peu de cas patholigiques, il conviendrait de l'astreindre à des stages de pédiatrie, ou mieux, de lui donner une tâche, dans un dispensaire par exemple, où son rôle serait élargi et où il ne serait plus limité dans les sanctions thérapeutiques.

Ces observations faites, voyons les avantages de l'organisation :

Tous les enfants seront surveillés ; chacun d'eux aura sa fiche médicale dont nous connaissons toute l'importance ; nous savons, en effet, combien il est difficile de connaître les antécédents d'un malade : un adolescent atteint de néphrite ignore la scarlatine de son jeune âge ; un vieux cardiaque a oublié la crise rhumatismale de sa jeunesse ; un blessé sait rarement dire s'il a reçu ou non de l'anatoxine antitétanique. Dans un proche avenir, tout Français aura son Carnet de Santé, où tous renseignements de cet ordre seront rapportés.

En matière de vaccinations, pour pallier à la négligence familiale, qui trouvait trop souvent un prétexte pour éluder la loi, il convenait de profiter de l'obligation des visites scolaires pour y soumettre toute la jeunesse. C'est ce but que vise l'Arrêté du 3 juin 1947.

L'ensemble des organisations créées par la législation que nous venons d'analyser, a certainement établi un ordre de choses d'ores et déjà meilleur que celui résultant des initiatives privées. Néanmoins nous ne sourons trop louer l'effort apporté par ceux à qui a incombé la charge de la mise en place. Les chiffres comparés du 1er trimestre (50 jours ouvrables) et de la période du 1er avril au 20 mai (26 jours ouvrables) font ressortir la progression sans cesse croissante des effectifs d'enfants examinés.

L'organisation se poursuit : elle est la première fin à atteindre.

Par la suite, la pratique indiquera les améliorations à y apporter.

Vu :

Le Président de la Thèse,

signé : ANDRIEU

Vu :

Le Doyen,

signé : CALVET

Vu et permis d'imprimer :

Toulouse, le 20 Juin 1947

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

signé : DOTTIN

BIBLIOGRAPHIE

CHANTEMESSE et MOSNY. — *Hygiène scolaire.*

PRESSE MEDICALE du 14 décembre 1946 : *Hygiène scolaire et Universitaire.*

DOUADY. — *Organisation du Contrôle médical de l'Enseignement et les autres tâches de l'Hygiène Scolaire et Universitaire.* Documents publiés par le Ministère de l'Education Nationale.

DOUADY. — Exposé du 1er juin 1946.
Exposé du 29 février 1946, à l'occasion d'une réunion du Comité Consultatif d'Hygiène Scolaire et Universitaire.
Exposé du 6 avril 1946.

INFORMATION SANITAIRE ET RURALE. — Circulaire 2 — 3e semaine.

Principaux textes consultés relatifs à l'Hygiène Scolaire et Universitaire

ORDONNANCE du 8 septembre 1945 sur la protection de la santé des enfants d'âge scolaire, des élèves et du personnel des établissements d'enseignement et d'éducation de tous ordres. (J.O. du 19 octobre 1945, B.O. N° 53 du 25 octobre 1945. On peut également se procurer le texte imprimé à la Direction de l'Hygiène Scolaire et Universitaire).

ARRETE du 21 novembre 1945 portant organisation provisoire du contrôle médical dans les établissements du second degré. (B.O. N° 1 du 3 janvier 1946).

ARRETE du 26 janvier 1946 étendant les dispositions de l'arrêté du 21 novembre 1945 aux établissements de l'enseignement technique.

CIRCULAIRE conjointe du 9 mars 1946 (Education Nationale — Santé Publique), relative à l'organisation du contrôle médical de l'enseignement du premier degré. (B.O. N° 19 du 28 mars 1946).

ARRETE du 11 mars 1946 relatif au contrôle médical des activités physiques et sportives extra-scolaires (J.O. du 19 mars 1946, B.O. N° 19 du 28 mars 1946).

DECRET du 11 mars 1946 portant statut des médecins inspecteurs régionaux de l'Hygiène scolaire et universitaire. (J.O. du 14 mars 1946, B.O. du 11 avril 1946).

CIRCULAIRE du 3 avril 1946, relative au contrôle médical de l'Enseignement du second degré (médecins examinateurs). (B.O. du 9 mai 1946, N° 24).

CIRCULAIRE conjointe du 8 avril 1946 (Intérieure et Education Nationale) à MM. les Préfets, relative au contrôle médical de l'enseignement du premier degré. (B.O. N° 22 du 25 avril 1946).

DECRET du 11 avril 1946 portant organisation technique des services de médecine préventive de l'Enseignement Supérieur. (J. O. du 12 avril 1946, B.O. du 25 avril 1946).

DECRET du 23 avril 1946 fixant le statut de l'inspection générale de l'Hygiène scolaire et universitaire. (J.O. du 24 avril 1946).

CIRCULAIRE du 26 avril 1946 relative à la constitution des Comités de Médecine préventive de l'Enseignement Supérieur. (B.O. du 23 mai 1946).

ARRETE du 18 mai 1946 fixant, en ce qui concerne les services extérieurs de l'Hygiène scolaire et universitaire, l'application des dispositions de l'Ordonnance du 15 juin 1945. (J.O. du 23 mai 1946).

ARRETE du 7 juin 1946 instituant une Commission chargée d'étudier les demandes de subvention des communes pour l'aménagement des centres médico-scolaires. (J.O. du 13 juillet 1946).

CIRCULAIRE du 11 juin 1946 relative au contrôle médical dans l'enseignement du premier degré. (B.O. N° 26 du 23 mai 1946).

CIRCULAIRE du 4 juillet 1946 relative au dépistage de la tuberculose dans les écoles normales d'instituteurs. (B.O. N° 30 du 20 juin 1946).

DECRET du 17 juillet 1946 fixant le statut et les échelles de traitement de l'Inspecteur du Matériel et des Installations du l'Hygiène Scolaire et Universitaire. (J.O. du 18 juillet 1946, B.O. N° 35 du 25 juillet 1946).

ARRETE du 27 juillet 1946 relatif au contrôle médical dans le second degré et l'enseignement technique. (B. O. du 29 août 1946).

ARRETE du 6 août 1946 portant dérogation à la loi du 15 février 1946 pour le recrutement des assistantes sociales. (J.O. du 14 août 1946, B.O. du 27 août 1946).

CIRCULAIRE du 17 octobre 1946 relative au recensement d'instituteurs ou d'institutrices anciens malades, en vue de leur affectation éventuelle à des postes d'enseignement en sanatorium ou à des postes administratifs de 5'Hygiène Sociale et Universitaire.

ARRETE du 18 octobre 1946 relatif au financement du contrôle médical dans les établissements du second degré et technique. (J. O. du 24 octobre 1946, B. O. du 31 octobre 1946).

ARRETE du 30 octobre 1946 relatif au financement de la Médecine Préventive Universitaire. (J. O. du 3 novembre 1946, B. O. du 14 novembre 1946).

CIRCULAIRE du 15 novembre 1946 relative au fonctionnement de la Médecine Préventive Universitaire. (B. O. N° 49 du 28 novembre 1946).

DECRET du 26 novembre 1946 fixant les modalités d'application de l'ordonnance du 18 octobre 1945 sur la protection de la santé des enfants d'âge scolaire.

DECRET du 26 novembre 1946 portant organisation financière du contrôle médical dans les établissements du 1er degré. (J. O. du 29 novembre 1946).

CIRCULAIRE du 21 novembre 1946 relative aux établissements de cure (enseignement du second degré). (B. O. N° 49 du 28 novembre 1946).

ARRETE du 30 décembre 1946 fixant la rémunération des médecins examinateurs chargés du contrôle médical des élèves des centres d'apprentissage. (J. O. du 4 janvier 1947, B. O. N° 2 du 9 janvier 1947).

CIRCULAIRE du 8 janvier 1947 relative au recrutement, à la formation et au contrôle du personnel médico-social. (B. O. N° 6 du 6 février 1947).

ARRETE du 29 janvier 1947 relatif au financement du contrôle médical de l'enseignement du 1er degré. (J. O. du 1er février 1947, B. O. du 6 février 1947).

CIRCULAIRE conjointe du 30 janvier 1947 (Intérieur et Education Nationale) relative à la participation obligatoire des départements et des communes aux dépenses du contrôle médical de l'enseignement du 1er degré. (B. O. N° 7 du 13 février 1947).

CIRCULAIRE du 20 février 1947 relative au fonctionnement des centres médico-scolaires en vue de la visite médicale d'incorporation scolaire.

ARRETE du 1er mars 1947 relatif à l'organisation du dépistage des affections buco-dentaires. (J. O. du 11 mars 1947).

ARRETE du 25 mars 1947 fixant les modalités de convocation pour la visite médicale d'admission dans les écoles. (Arrêté conjoint, Education Nationale, Intérieur). (J. O. du 29 mars 1947).

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 5

Historique 7

Les premières réalisations 9

L'Ordonnance de 1945 16

Les nouvelles réalisations dans l'Académie de Toulouse :

1er degré (principalement) 28

2e degré 37

3e degré. Enseignement Supérieur 41

Conclusions 45

ALBI : Imprimerie-Reliure des Orphelins-Apprentis — 1947